

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THESE

N°

564

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 17 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Louis OUVRIER

Né à Mur-de-Barrez (Aveyron), le 10 octobre 1893

Ancien externe des Hôpitaux de Paris et de la Maternité
de l'Hôpital Saint-Antoine

SUR UNE

FORME PARTICULIERE DE L'UTÉRUS

PENDANT

LES PREMIERS MOIS DE LA GESTATION

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

BONNAIRE et WALLICH, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur le
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine
15, RUE RACINE, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THESE

N°

564

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 17 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Louis OUVRIER

Né à Mur-de-Barrez (Aveyron), le 10 octobre 1893

Ancien externe des Hôpitaux de Paris et de la Maternité
de l'Hôpital Saint-Antoine

SUR UNE

FORME PARTICULIERE DE L'UTÉRUS

PENDANT

LES PREMIERS MOIS DE LA GESTATION

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

BONNAIRE et WALLICH, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

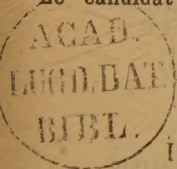
PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée	BRISAUD
	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	
Clinique de pathologie mentale et des mala-	JOFFROY
dies de l'encéphale	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER
	DUPLAY
Clinique chirurgicale	LEDENTU
	TILLAUX
	PANAS
Clinique ophtalmologique	GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires..	BUDIN
Clinique d'accouchement	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MON ÔNCLE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES, DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de clinique obstétricale
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Avant-Propos

Parvenu à la dernière étape de notre vie d'étudiant, à la veille d'aborder les difficultés de la pratique et d'en assumer les responsabilités, nous devons sans grande peine faire un retour en arrière et revivre un moment les années écoulées depuis le début de nos études.

Certes, le souvenir nous en est resté, vivace, de ces longues matinées d'hôpital où nous avons eu souvent le bonheur de rencontrer un ami à côté du maître.

Que M. Sébilleau, le premier en date, veuille bien nous permettre de lui exprimer ici notre vive gratitude.

Nous ne saurions oublier jamais ni les conseils judicieux qu'il nous donna, ni son grand sens de clinicien. C'est à son école que nous avons appris à connaître l'importance du diagnostic en chirurgie. Nous le remercions de la patience et de la bonne humeur qu'il apportait à discuter avec nous lorsque le désir de savoir nous fournissait des arguments à lui opposer.

Cette année d'externat, si féconde en enseignements, par le nombre des malades observés et par l'intérêt que nous portait notre cher maître est de celles dont on se souvient toute sa vie.

Nous devons à M. Faisans et à M. A. Petit la plus grande partie de notre instruction médicale. Ils nous initièrent avec la grande compétence qu'on leur connaît, aux mystères de l'auscultation. Le poumon et le cœur nous livrèrent la plupart de leurs secrets, grâce à ces maîtres pour lesquels ils n'en n'ont plus guère.

Nous regrettons d'avoir passé un temps trop court dans le service de M. Faisans.

A lui et à M. Petit, dont nous avons été un an l'externe, nous adressons les remerciements de l'élève reconnaissant.

Avec M. Bar, à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, nous avons passé une de nos meilleures années d'étudiant. De tout temps, un goût très vif nous avait attiré vers l'obstétrique. Mais il nous restait à connaître les difficultés de la pratique, qui surgissent souvent si subites et si redoutables.

C'est en se jouant que notre maître en avait raison et nous avons bien des fois admiré le calme qu'il apportait dans les interventions les plus graves.

C'est certainement à son exemple que nous devons d'examiner aujourd'hui de sang-froid les cas difficiles où le salut de la parturiente est en partie lié à l'esprit de décision et d'à propos de l'accoucheur.

Pour ses sages avis, pour l'initiative personnelle qu'il a bien voulu nous laisser pendant l'année d'externat passée dans son service, nous adressons à M. Bar l'expression de notre vive reconnaissance.

C'est lui aussi qui attira notre attention sur la forme de grosseur que nous étudions dans ce travail et qui voulut bien nous communiquer les observations qui lui étaient personnelles. Nous n'avons garde de l'oublier.

Merci à M. le docteur Wassilieff pour l'obligeance qu'il a eue de nous faire connaître les deux cas très intéressants que nous citerons. Mais vis-à-vis de lui notre dette est plus grande.....

Merci enfin aux maîtres et aux amis dont l'intérêt a eu l'occasion de se manifester au cours de six années d'étude.

A eux tous dont les conseils ou les encouragements sont venus me soutenir et me réconforter, j'offre, en témoignage de reconnaissance, ce modeste travail, leur œuvre au moins autant que la mienne.

Monsieur le professeur Budin a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, je lui adresse mes remerciements pour le grand honneur qu'il m'a fait.



Exposé du sujet

I

Le but que nous nous proposons dans ce travail, est l'étude d'une forme très particulière de l'utérus, pendant les deux ou trois premiers mois de la gestation. Cette forme spéciale résulte, comme nous le verrons, de l'arrêt et du développement de l'œuf dans une corne utérine.

Au cours de notre externat dans le service de M. Bar, nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas très remarquable de ce genre. Il nous a paru qu'il y avait là matière à un travail intéressant, et, encouragé par notre maître, nous avons résolu d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

La question ne manque pas, croyons-nous, d'intérêt pratique.

En effet, cette forme toute spéciale de l'utérus, que nous décrirons tout à l'heure, ne semble pas constituer une rareté. Mais surtout, elle peut être

d'un diagnostic *fort difficile* et induire en erreur le chirurgien ou l'accoucheur le plus expérimenté.

Or, ce diagnostic, il importerait, nous le verrons, de l'établir d'une façon ferme, puisque de lui seul découle la conduite à tenir.

On a décrit, avec tous les détails que comporte une aussi importante question, la grossesse ectopique et les formes diverses qu'elle affecte (1). Il n'est pas un traité un peu complet d'obstétrique ou de gynécologie qui ne consacre une longue description à la grossesse extra-utérine, depuis la variété tubaire proprement dite jusqu'à la variété interstitielle.

Nous ne croyons pas qu'on ait, avant la communication de M. Bar à la société d'obstétrique, attiré l'attention sur la forme qui résulte pour l'utérus normalement constitué, du développement de la grossesse dans une de ses cornes.

Tout au moins, nos recherches bibliographiques ont été, sur ce point, tout à fait infructueuses. Seules, les grossesses développées dans une corne utérine rudimentaire ou dans la corne d'un utérus bifide (2) ont été étudiées. Cette étude a été reprise tout récemment encore par M. Warin qui en a fait le sujet de sa thèse (3).

(1) Auvard. — Tr. prat. d'accouchements, 4^e édition, p. 560.

(2) Curatulo. — *Gravidanza in utero doppio* Riforma med. 1891, n° 104.

(3) Warin. — De la grossesse développée dans une corne rudimentaire et tubo-utérine. Thèse Paris, 1899.

Or, nous faisons, nous, complètement abstraction de ces cas spéciaux où l'anomalie a pour siège l'utérus. Nous avons en vue une anomalie du début de la grossesse dans un utérus bien conformé.

A notre avis, l'absence de documents sur la question tient, ainsi que nous essayerons de le démontrer, à une fausse interprétation des cas observés.

Mais prenons les choses au début et voyons ce qu'il advient d'un ovule que vient de mettre en liberté la rupture d'une vésicule de de Graaf. Supposons-le fécondé au niveau même de l'ovaire.

Que va-t-il se passer ?

Cet œuf pourra se développer sur l'ovaire lui-même, sur le pavillon de la trompe, constituant ainsi les variétés de grossesse bien connues sous le nom de grossesses ovarienne et tubo-abdominale.

Première hypothèse.

Ou bien l'œuf parviendra jusque dans la trompe, s'y fixera et s'y développera. Ainsi se trouvera constituée la variété la plus commune de grossesse extra-utérine, la grossesse tubaire proprement dite.

Une troisième forme est possible, bien étudiée aussi, mais plus rare que la précédente et il importe pour nous de la bien connaître, nous le verrons dans la suite. Nous voulons parler de la grossesse interstitielle, résultant comme on sait, de l'arrêt et du développement de l'œuf dans la courte portion de la trompe qui chemine au travers des parois utérines.

Entre cette dernière variété de grossesse ectopique et la grossesse intra-utérine normale, y a-t-il place pour une forme en quelque sorte intermédiaire, qui cesserait d'être une grossesse extra-utérine et ne serait pas encore, au moins au début, une grossesse normalement développée ?

En d'autres termes, l'œuf, au lieu de s'accroître immédiatement en dehors de *l'ostium tubæ* comme dans la variété interstitielle, au lieu de se fixer, comme c'est la règle, sur l'une des faces de l'utérus, ne peut-il se greffer juste en dedans de l'orifice de la trompe, dans la corne utérine proprement dite ?

Si ce n'est pas là seulement une vue de l'esprit, il est dès maintenant permis d'entrevoir une différence capitale dans l'évolution ultérieure et dans l'avenir de l'œuf, — situé dans la trompe au cas de grossesse extra-utérine — tout entier contenu dans l'utérus dans notre seconde hypothèse.

Voilà, croyons-nous, la question nettement posée. Jacquemier était bien près de la résoudre (1) quand il admettait une grossesse interstitielle secondaire, dans laquelle le produit de conception, primitivement inséré dans la cavité utérine, pénétrerait en se développant dans une des trompes qu'il distendrait. C'est ce qu'il désignait du nom de grossesse utéro-tubaire.

(1) Jacquemier. — Manuel des Accouchements et des Maladies des femmes grosses et accouchées, page 374.

Voici d'ailleurs comment il s'exprime sur ce point :

« La grossesse utéro-tubaire n'est réellement pas plus difficile à concevoir que les autres espèces : l'œuf, retenu à sa sortie de la trompe par des causes que nous ignorons, peut, dans quelques cas, trouver moins de résistance à développer le tissu utérin dans la direction de la trompe que la cavité utérine elle-même et offrir un développement en sens inverse de celui qu'on observe habituellement. »

Quoi qu'il en soit de la théorie, dont nous n'avons que faire ici, un fait subsiste, bien entrevu par Jacquemier : le développement d'une corne, l'utérus proprement dit ne paraissant pas sensiblement augmenté de volume.

Seule, l'interprétation de ce fait reste sujette à discussion.

En février 1898, M. Bar (1) s'exprimait sur ce sujet à la Société d'obstétrique dans les termes suivants :

«.....On peut ainsi, par une suite de degrés insensibles, passer de la grossesse tubaire vraie à la grossesse tubo-interstitielle, à la grossesse tubo-utérine et enfin à ces cas dans lesquels l'œuf se greffe dans la cavité utérine, mais si près de l'ostium que pendant les premiers temps de la grossesse la corne

(1) P. Bar et Mercier. — Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris. T. I. Année 1898.

utérine seule se développe et donne à la main qui la palpe la sensation d'une tumeur flanquant l'utérus hypertrophié. »

Quelles sont les raisons qui président à la constitution de cette anomalie de la grossesse ? Quelle en est la terminaison ? Avec quelles affections peut-on la confondre et sur quels signes peut-on s'appuyer pour établir le diagnostic ?

Ce sont là les questions que nous allons avoir à examiner maintenant.

II

Sur les causes de la grossesse extra-utérine, les auteurs sont à peu près d'accord (1).

Il est moins aisé de donner les raisons de la grossesse primitivement développée dans la corne utérine.

Dans le premier cas, on peut supposer une inflammation aiguë ou chronique antérieure susceptible d'altérer la surface de la trompe, de détruire son épithélium à cils vibratiles et même de l'oblitérer.

(1) *Auvard* : *Traité pratique d'accouchements*. Page 561. 4^e édition.

Pozzi, — *Traité de gynécologie*, 3^e édition, p. 931.

Une tumeur du voisinage, des brides péritonéales (1), une malformation de la trompe, peuvent avoir un résultat analogue. La conséquence naturelle sera l'arrêt de l'œuf en un point du canal tubaire.

Tout cela est possible et se trouve certainement réalisé quelquefois. Mais il est probable que dans bien des cas, aucune des raisons précédemment énumérées n'entre en jeu et que la grossesse extra-utérine résulte de causes qui nous échappent.

Il nous paraît bien plus difficile encore de savoir pourquoi l'œuf parvenu dans la cavité utérine se greffe en tel ou tel point de la matrice. Les divers traités nous apprennent que l'ovule fécondé se fixe avec une fréquence à peu près égale sur la face antérieure et sur la face postérieure de l'utérus (2), mais ils ne nous en donnent pas les raisons. C'est assez dire que nous ne saurions expliquer nous-même la fixation de l'œuf dans une corne. Il y a peut-être à ce fait des raisons tirées de quelques particularités de structure de la muqueuse utérine au moment précis de l'arrivée de l'ovule dans l'utérus.

« Lorsque l'œuf arrive, dit M. Tarnier (3), huit ou dix jours après sa sortie de l'ovaire dans la cavité

(1) *Tainturier*. — *Etiologie des grossesses extra-utérines*. Thèse Paris, 1895.

(2) *Tarnier et Chantreuil*. — *Traité de l'art des accouchements*, page 278.

(3) *Tarnier et Chantreuil*. — *Traité de l'art des accouchements*, page 213.

utérine, il y rencontre une muqueuse turgescente, mamelonnée, formant un grand nombre de plis que l'on a comparés aux circonvolutions cérébrales. Il est arrêté par un de ces plis et pressé entre deux points opposés de la muqueuse. Il la déprime et s'y creuse une petite loge. »

Le hasard seul ou une disposition particulière de ces replis au voisinage de l'*ostium tubæ* est-il cause de l'arrêt de l'œuf en ce point ? L'un et l'autre jouent probablement un rôle. Nous ne faisons toutefois que poser la question.



Symptomatologie

Les symptômes de la grossesse primitivement développée dans une corne utérine, n'ont, il faut bien le reconnaître, rien d'absolument pathognomonique.

C'est d'habitude dans le cours du deuxième mois que les signes physiques sont les plus nets.

La femme qui vient consulter alors nous apprend que, habituellement bien réglée jusque là, la dernière ou les deux dernières époques menstruelles ont manqué. En même temps sont apparues des modifications de l'appétit, des nausées, des vomissements, des syncopes. Quelquefois, on note des douleurs dans le bas ventre. Mais quand elles existent, elles sont en général peu vives.

Les seins ont augmenté de volume, les mamelons sont devenus le siège de picottements.

Nous regardons l'aréole que nous trouvons pigmentée et à la surface de laquelle se distinguent déjà quelques tubercules de Montgomery. Autant de raisons pour soupçonner une grossesse. Mais nous pro-

cédons au toucher et c'est ici que les difficultés commencent.

Le col utérin, sans être ramolli encore, est cependant de consistance moins ferme qu'à l'état normal et le doigt peut déjà apprécier au niveau de l'orifice externe une modification de la partie la plus inférieure du museau de tanche. On dirait un épaississement de la muqueuse (1).

Essayant maintenant de mobiliser le col de l'utérus, nous nous apercevons qu'il est uni au reste de l'organe par une partie intermédiaire de consistance très molle, de sorte que la masse principale bascule sur le col comme si une charnière la réunissait à lui.

Ce signe, dit de Hégat, est, on le sait, d'une importance capitale. Nous sommes désormais presque sûrs qu'il y a grossesse.

Nous passons alors à l'examen du corps utérin et tout de suite, notre attention est éveillée. Au lieu d'un utérus exactement situé sur la ligne médiane, de volume variable suivant l'âge de la grossesse, mais globuleux et d'une consistance molle uniforme, que trouvons-nous ?

Nous sentons d'abord, continuant le col et le prolongeant de la façon la plus nette, une masse dure de la consistance de l'utérus non gravide et dont l'un des bords se délimite avec la plus grande facilité.

(1) Tarnier et Chantreuil. — Tr. de l'art des accouchements page 195.

De même, la main qui palpe l'abdomen trouve sans peine le fond de l'organe, dur et se continuant avec le bord précédemment décrit par un angle mousse, l'une des cornes.

Dure aussi est la face antérieure de l'utérus. L'ensemble de l'organe est, de plus, sensiblement hypertrophié.

Mais, hormis ce signe et celui de Hégar déjà signalé, il ne présente aucun des caractères ordinaires de la gravidité.

Notre examen n'est pas complet encore : il nous reste à explorer une des parties latérales de l'utérus.

Ici tout change.

Le toucher et le palper combinés ne nous permettent plus de trouver ce bord dont la consistance avait attiré notre attention de l'autre côté.

Au lieu de cela, nous sentons une tumeur de volume variable, de forme vaguement globuleuse, bien qu'un peu allongée dans le sens transversal.

C'est une masse très molle, que le doigt déprime facilement. On dirait une poche kystique mal distendue.

Cette tumeur à contours un peu indécis en raison de son défaut de consistance, se délimite imparfaitement à sa partie externe où on peut toutefois sentir le ligament rond.

Par son côté interne, elle se continue avec le

bord correspondant de l'utérus auquel elle paraît intimement unie.

Nulle part on ne sent de sillon permettant de soupçonner qu'elle soit indépendante de l'utérus. Elle est d'ailleurs mobile avec lui.

Mais ici, nous devons entrer dans quelques détails.

Tous les cas ne se présentent pas sous un aspect absolument uniforme. Tout dépend de l'âge de la grossesse. L'exposé de l'évolution de cette grossesse trouve ainsi sa place à côté de son exposé symptomatologique.

Un des premiers signes de la grossesse est, on le sait, fourni par le ramollissement de l'organe gestateur, qui, en même temps qu'il devient globuleux, prend une consistance pâteuse uniforme, très caractéristique. Il n'est pas difficile de donner la raison de cette mollesse de l'utérus gravide.

Le développement excentrique d'un œuf situé dans l'utérus au voisinage de la ligne médiane, distend *uniformément* la cavité qui le contient. A mesure que grandit le produit de conception, que la quantité de liquide augmente, le muscle diminue d'épaisseur et ses parois, au lieu de rester accolées, s'écartent et ne constituent plus en somme que la doublure d'une poche kystique. L'œuf, situé bien exactement dans le plan médian de l'utérus, en a bien symétriquement distendu les parois, ses pressions s'exerçant à la fois

sur les deux faces, sur les deux bords et sur le fond de l'organe.

Ajoutons à cela les modifications intimes imprimées par la grossesse au tissu utérin et nous aurons les raisons du ramollissement de l'utérus gravide. De même maintenant, il nous est facile de comprendre pourquoi ce ramollissement est uniforme.

Ceci s'applique à la grossesse normale ordinaire.

Les choses se passent tout différemment lorsque l'œuf est greffé non plus vers la région moyenne de la cavité utérine, mais au niveau de cette sorte de diverticulum en entonnoir qui constitue la corne.

Dans ce cas, le produit de conception n'appuie plus, en se développant, que sur le fond et sur un des bords de l'utérus. C'est donc cette partie très limitée qui seule sera distendue, et par suite ramollie, pendant les premières semaines de la gestation.

Mais, à mesure que l'œuf grandit, il s'avance progressivement vers le milieu de l'utérus, trouvant de ce côté où préexiste une cavité, des conditions favorables à son accroissement, conditions qui lui font défaut du côté de la trompe.

On assiste ainsi à une progression lente de l'œuf, dont on peut suivre tous les degrés et dont le premier terme est la distension de la corne utérine, le dernier terme étant constitué par la distension uniforme de l'utérus. La disposition anatomique de cet organe est,

dès lors devenue tout à fait normale. La grossesse se continue naturellement et sans encombre.

Telle est, très succinctement exposée, l'évolution de la grossesse développée d'abord dans la corne utérine.

On s'explique après cela, que la marche du ramollissement de l'utérus soit parallèle à la progression de l'œuf. Quand celui-ci arrive par son côté interne jusque vers le milieu de l'utérus, la moitié environ de cet organe, celle qu'occupe le produit de conception, est ramollie et distendue. L'œuf s'avancant toujours, le ramollissement gagné de proche en proche, envahit l'utérus sur une étendue de plus en plus grande. Vient enfin le moment où l'organe serait uniformément globuleux et mou, si un de ses bords, celui qui est opposé à la corne primitivement distendue, ne restait dur encore sur une certaine épaisseur.

Un degré de plus et ce dernier caractère devient à peine sensible, puis disparaît. L'utérus a alors la consistance molle uniforme d'un utérus gravide. Cette dernière disposition se trouve réalisée, d'après nos observations, entre le troisième et le quatrième mois.

Voilà, croyons-nous, comment les choses se passent.

Malheureusement, aucune autopsie ne nous permet de donner de ces faits la démonstration anatomo-

mique qui, seule, pourrait donner à notre hypothèse la valeur d'une vérité scientifique.

Suivant le stade auquel sont parvenues les malades, on observe dans les signes physiques fournis par l'exploration directe, des différences assez marquées.

Ce sont ces différences, ainsi que nous allons le voir maintenant, qui rendent le diagnostic facile quelquefois, difficile dans d'autres cas.



Diagnostic

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer, laissent déjà entrevoir les nombreuses erreurs de diagnostic qui peuvent être commises. Ce sont les affections de la trompe (hydro, pyo ou hémato-salpinx), la grossesse extra-utérine et plus spécialement la variété interstitielle qui prêtent surtout à confusion.

Essayons de fixer, pour chacun de ces cas particuliers, quelques éléments de diagnostic.

Dans une première série de faits, les divers signes de la grossesse sont assez nombreux et assez nets pour permettre de restreindre d'emblée la discussion. Le diagnostic ne reste en suspens qu'entre les diverses formes de grossesse anormale.

Plus souvent, pour des raisons diverses, dont la principale est tirée de l'âge peu avancé de la grossesse, l'accoucheur reste hésitant sur le point de savoir si la femme est enceinte. Le diagnostic est alors à faire avec les diverses affections tubaires, utérines ou péri-utérines.

I. — Cas où il ne s'agit que de déterminer le point où s'est développée la grossesse.

Le diagnostic différentiel est à faire avec la grossesse ectopique et plus spécialement avec la grossesse interstitielle. Si la femme se présente à notre examen après le deuxième mois, nous pourrons, dans bien des cas, trouver un utérus ramolli sur une étendue suffisante pour soupçonner d'emblée une grossesse à point de départ dans la corne. En même temps, nous constaterons que cette tumeur, molle, attenante à l'utérus, fait absolument corps avec lui, qu'il est impossible d'établir entre l'une et l'autre une délimitation quelconque.

Mais tous ces caractères appartiennent aussi à la grossesse interstitielle et quelques-uns d'entre eux à la grossesse tubaire ordinaire. Sans aucun doute, cependant, deux signes d'une extrême importance, communs aux grossesses développées dans la trompe, à quelque variété qu'elles appartiennent, manquent la plupart du temps au cas de grossesse primitive de la corne. Nous voulons parler des douleurs et des hémorragies (1).

On peut dire, en règle générale, que toute femme chez laquelle existe une grossesse tubaire, souffre du ventre (2).

La douleur est surtout accusée au niveau d'une des fosses iliaques. Elle est profonde, paroxystique

(1) Emmet : La pratique des maladies des femmes. P. 668.

(2) Reeve. — Die frühzeitige Diagnose der Extra-uterin Schwangerschaft.

et parfois d'une intensité assez vive pour provoquer la syncope.

Baldy (1), considère ce symptôme comme très important et prétend qu'il existe toujours.

Enfin, la tumeur fœtale est douloureuse à l'exploration vaginale.

Les hémorragies surviennent généralement un à deux mois après la suspension des règles. Les pertes de sang ont pour caractère d'être irrégulières, peu abondantes et de durer un assez long temps (2).

Quelquefois, on est assez heureux pour trouver, au milieu du sang écoulé, un ou plusieurs fragments de caduque et tout le monde s'accorde à reconnaître à ce signe la plus grande valeur diagnostique. Quelques auteurs, dont Baldy (2), le considèrent même comme pathognomonique d'une grossesse extra-utérine. Mais rarement on peut certifier l'existence de ce symptôme. La plupart du temps, il passe inaperçu des malades ; dans d'autres cas les femmes affirment avoir expulsé « un morceau de chair » qui n'est autre chose qu'un caillot. Cette erreur d'interprétation se retrouve dans une de nos observations (Obs. V).

Le corps utérin, hypertrophié, est plus ou moins déjeté du côté opposé à la tumeur, mais, point important, on ne le trouve ramolli en aucun point de sa

(1) Baldy. — *Med., News.*, 1890, décembre 20, p. 659.

(2) Baldy. — *Med.*, mars, décembre 20, p. 659.

surface. L'étendue de la partie dure n'est pas moindre qu'au cas d'utérus non gravide.

Enfin, signe capital, le ligament rond flaque la partie interne de la tumeur au cas de grossesse tubaire ; il est situé à son côté externe si on a affaire à une grossesse de la corne ou à une grossesse interstitielle.

En ce qui concerne la grossesse tubaire ordinaire, le kyste foetal jouit, dans quelques cas rares, d'une certaine indépendance vis-à-vis de l'utérus.

Plus souvent, la tumeur semble bien faire corps avec lui, mais elle en est séparée par un sillon.

Enfin, dans d'autres cas, aucune ligne de séparation n'existe. Il n'y a qu'une seule et unique masse. Nous retombons alors dans les cas difficiles où nous n'aurons pour éléments diagnostiques que le siège et l'étendue du ramollissement, la place occupée par le ligament rond, signes auxquels viendront s'ajouter la douleur et les hémorragies.

Dans la grossesse interstitielle les difficultés sont plus grandes encore. Tout concourt à tromper l'accoucheur. Les symptômes peuvent être les mêmes qu'au cas de grossesse primitive de la corne : même ramollissement d'un angle de l'utérus, même situation du ligament rond par rapport à la tumeur juxta-utérine.

Le diagnostic peut être impossible par les signes physiques seuls. Pour nous résumer nous pouvons dire : il y a des cas où le diagnostic est facile.

Ce sont ceux où les symptômes de grossesse extra-utérine sont assez nombreux et assez nets pour constituer un faisceau de présomptions suffisant.

Ceux où il y a grossesse primitivement développée dans une corne et qui sont soumis à notre examen à une période assez avancée pour que l'étendue du ramollissement utérin jointe à l'absence des signes de grossesse ectopique permette le diagnostic.

Il y a des cas difficiles : ceux où des symptômes de grossesse ectopique viennent s'ajouter à des signes semblant prouver une grossesse de la corne.

Cet ensemble de conditions se trouve réuni à merveille dans notre observation personnelle.

Il l'est surtout au cas de grossesse interstitielle. Le diagnostic est alors trop souvent impossible à un premier examen.

Aussi croyons-nous qu'en bien des circonstances, la grossesse primitive de la corne a dû être prise pour une grossesse interstitielle à évolution utérine et que l'absence de documents sur la question ne reconnaît pas d'autre motif.

A l'appui de notre dire, nous nous contenterons de citer l'observation suivante, relatée dans la thèse de Mercier (1) ; nous pourrions en donner d'autres tout aussi typiques :

(1) Mercier. — Les ruptures spontanées de l'utérus gravidé dans leurs rapports avec les grossesses interstitielles (Thèse Paris, 1898).

Garrigues (Medical News, 12 Déc. 1885)

« Premier accouchement le 9 mars 1884 : forceps, métrite consécutive. Devient enceinte pour la seconde fois en juin 1884. Accouchement prématuré le 1^{er} janvier 1885. Re-devient enceinte en mars 1885. Dernières règles du 18 au 21 mars. Vient consulter l'auteur le 21 mai, à cause de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite. La partie correspondante à la corne utérine droite est tuméfiée et douloureuse au toucher. Le 17 juin, la distance du fond de l'utérus au pubis est de 4 pouces à droite, et de 3,5 pouces à gauche. Le 22 juin, M^{rs} B... est saisie de douleurs intenses et envoie chercher la sage-femme : Orifice du col fermé. Souffle utérin très accentué, *la moitié gauche de l'utérus est plane, la moitié droite offre une forme sphérique*. La sonde pénètre dans la cavité à 3,5 pouces de profondeur. On peut la tourner facilement dans la moitié gauche de l'utérus. Elle éprouve de la résistance à ses mouvements à droite ; son introduction ne donne lieu à aucun épanchement de sang ou de liquide amniotique. Ce diagnostic de grossesse extra-utérine se trouve ainsi confirmée. Après plusieurs séances d'électrisation faradique, *le 23 juillet, l'utérus offre une forme globulaire régulière*.

« Le 27 juillet, la femme sent, pour la première fois, les mouvements du fœtus. L'accouchement a lieu le 31 octobre. Le nouveau-né pèse 5 à 6 livres et succombe cinq heures après sa naissance. Le placenta est petit, mais d'une apparence normale ».

Sans vouloir entrer dans une longue discussion à propos d'un cas que nous n'avons pas observé nous-même, nous ferons toutefois remarquer que la description qui nous en est fournie ressemble étrangement à celle donnée plus haut comme propre à la grossesse primitivement développée dans une corne.

« La moitié gauche de l'utérus, nous dit l'auteur de l'observation, est plane, la moitié droite offre une forme sphérique. »

Garrigues n'ajoute pas que cette moitié droite est ramollie. Mais il nous est bien permis d'affirmer pour lui l'existence de ce signe.

La sonde introduite dans la matrice éprouve une résistance du côté gauche.

Enfin et surtout, le 23 juillet, c'est-à-dire entre le troisième et le quatrième mois, l'utérus offre une forme globulaire régulière.

L'ensemble de ces caractères et l'évolution de la grossesse permettent tout au moins de douter qu'on ait eu affaire ici à une grossesse interstitielle de la variété tubo-utérine.

Ce doute nous suffit. C'est le seul profit que nous voulons retirer du cas qui précède.

II. — Le diagnostic est à faire entre la grossesse primitive de la corne et les affections de nature diverse. Nous nous occuperons seulement des collections développées dans la trompe. Elles constituent, en raison de leur fréquence, le groupe le plus impor-

tant. D'autre part, c'est avec elles surtout que la confusion est facile.

Etant donnée une tumeur de la trompe, deux cas peuvent se présenter : ou bien cette tumeur est indépendante de l'utérus et il s'agit de savoir si on a affaire à une salpingite ou à une grossesse extra-utérine. Nous n'avons pas à nous occuper de cela ici.

Ou bien la collection tubaire semble faire corps avec l'utérus. Mais par un examen attentif, on arrive à sentir un sillon de séparation qui permet d'affirmer que la trompe seule est en jeu.

Enfin, dans certains cas, et ils ne sont pas rares, la tumeur se confond absolument avec l'utérus. C'est alors qu'il convient de serrer de près le diagnostic.

Les signes physiques sont, à eux seuls, impuissants à fixer notre opinion. La disposition et la consistance de la tumeur peuvent simuler à s'y méprendre une grossesse primitive de la corne. Cependant, le col n'a subi aucun début de ramollissement. Le corps utérin n'est pas hypertrophié. Mais ces symptômes négatifs sont bien peu nombreux et leur valeur est bien relative. Heureusement les renseignements fournis par la malade nous viennent en aide.

Tout d'abord, nous ne relevons aucun des signes multiples de la grossesse, dont quelques-uns au moins devraient exister. On note pourtant quelquefois la suppression des règles ou des irrégularités menstruelles.

Les commémoratifs nous seront souvent précieux.

Tantôt nous apprenons que la femme a eu des suites de couches pathologiques. Elle a longtemps souffert du ventre et depuis cette époque, la menstruation n'est jamais redevenue normale. Un médecin consulté a parlé de métrite : parfois même la malade a suivi un traitement.

D'autres fois, la femme nous dit qu'elle a eu, il y a quelque temps, des pertes blanches abondantes ; la miction était douloureuse. Peu de temps après, des douleurs spontanées sont apparues dans le bas-ventre, qui durent depuis avec une intensité et des périodes de rémission variables.

La fièvre est souvent notée. Nous arrivons en somme, à reconstituer tout un passé pathologique de date déjà ancienne.

Lorsqu'à un tel ensemble de renseignements vient se joindre l'absence des signes ordinaires de la grossesse, on peut presque affirmer que la gravidité n'est pas en cause.

Ce sont là les cas relativement faciles, ceux où le diagnostic est possible.

Mais il peut arriver qu'une grossesse normale survienne chez une femme ayant un pyo-salpinx méconnu.

Tout alors concourt à tromper l'accoucheur ou le chirurgien, puisque les signes de la grossesse coexis-

tent avec une tumeur juxta-utérine. Le diagnostic de grossesse ectopique semble s'imposer.

L'association des symptômes en apparence les plus divers peut ainsi rendre ce diagnostic ou impossible ou faux.

Cette difficulté constitue un très gros péril contre lequel il importe d'être mis en garde.

En effet, une règle absolue, un véritable axiome chirurgical nous dit : « Dans un certain nombre de cas, il n'est pas possible de savoir si on a affaire à une collection de la trompe ou à une grossesse extra-utérine. Il importe peu. Le traitement qu'il convient d'instituer est le même. La laparotomie s'impose ».

Voilà un raisonnement d'une justesse absolue s'appliquant à une collection salpingienne et à une grossesse ectopique. Mais puisque le diagnostic est parfois impossible entre ces cas pathologiques et une grossesse en somme normale mais à début particulier, cette règle doit perdre, croyons-nous, de son inflexibilité.

Pour notre part, nous pensons que bien des interventions seraient évitées si on songeait à la possibilité d'une grossesse primitive de la corne. Mais cette éventualité ne surgit pas à l'esprit. On songe à tout excepté à une grossesse utérine. Et on ouvre le ventre qu'on referme aussitôt stupéfait et mécontent d'une erreur de diagnostic pourtant bien excusable.

Il faut donc penser à la grossesse primitive de la

corne et à la forme qu'elle imprime à l'utérus. Souvent le diagnostic sera possible si on songe à le faire.

Si on reste hésitant, on fera garder le lit à la malade, on lui recommandera le repos le plus absolu afin de réduire au minimum les chances de rupture, au cas où il s'agirait de pyo-salpinx ou de grossesse extra-utérine. Et on se tiendra prêt à intervenir à la première alerte.

S'il s'agit de grossesse primitivement développée dans la corne, la forme de l'utérus se modifiera rapidement.

Voilà la ligne de conduite que nous suivrions quant à nous.

Quoi qu'il en soit, il faut bien connaître cette forme de grossesse à début insidieux et trompeur. Il faut y songer, répétons-le, quand on fait le diagnostic différentiel de certaines affections utérines ou salpingiennes et des grossesses extra-utérines.

Nous serions heureux, pour notre part, si notre modeste travail, en attirant l'attention sur un point peu connu, sauvait du bistouri quelques femmes qui ne demandent qu'à devenir mères le plus naturellement du monde et sans le moindre secours chirurgical.



Observations

OBSERVATION I (Monsieur Bar)

« Madame F...., se présente à ma consultation le 20 mai 1898. Cette dame qui est une de mes clientes a eu un avortement de un mois il y a un an.

Elle m'apprend que ses dernières règles datent du 12



mars. Elle est donc enceinte de deux mois environ. Au toucher, je trouve la corne droite de l'utérus longue, hypertrophiée, de consistance molle. On dirait une grossesse extra-utérine. Mais le corps utérin s'isole mal.

Le 6 juin, je revois la malade. Tout est rentré dans l'ordre ; l'utérus est régulier, il n'y a plus de corne saillante.

Cette dame accsuche le 16 décembre 1898, à terme par conséquent, d'un enfant vivant et bien portant. »

OBSERVATION II (Monsieur Bar)

« Je vois Madame H... pour la première fois le 5 mai 1899. Elle commence une grossesse dont le début remonte à deux mois 1/2 environ.

Le toucher me révèle un utérus dur à droite. Il y a de la douleur de ce même côté. A gauche, je trouve une corne utérine molle, distendue et présentant la disposition figurée ci-après :



Je fais le diagnostic de grossesse développée dans la

corne utérine et je décide qu'il y a lieu de laisser les choses aller.

Je revois la malade le 12 juin. A ce moment, l'âge de la grossesse est de presque quatre mois. Il y a encore un peu de douleur à droite. On sent encore le côté droit plus dur, mais la disposition précédemment indiquée est moins marquée.

La malade accouche, à terme, d'un enfant vivant, le 24 novembre 1899. »

OBSERVATION III

Grossesse utérine prise pour extra-utérine avec hémorragie.
(Monsieur le docteur Wassilieff)

« Madame X..., mariée depuis six mois est habituellement bien portante et bien réglée.

La dernière époque menstruelle date de deux mois et demi. Au bout de ce temps, perte assez abondante, douleurs à gauche, vomissements. Un médecin porte le diagnostic d'hématocèle et ordonne l'application de glace sur le ventre.

Rien de particulier pendant quinze jours. Mais au bout de la treizième semaine à partir de la suppression des règles, nouvelle perte abondante, accompagnée de syncope.

C'est alors que je vois la malade, novembre 99.

Je trouve au niveau du détroit supérieur et à gauche une masse du volume d'un gros œuf de poule, mobile, légèrement douloureuse régulièrement arrondie, se continuant

avec un corps dur situé sur la ligne médiane et qui n'est autre que l'utérus. Rien à droite, au toucher, col assez gros, très légèrement ramolli, corps de l'utérus augmenté de volume, dépassant le pubis et en connexion étroite avec la masse gauche. Celle-ci, très molle, est mobile avec l'utérus, à la corne gauche duquel elle semble accolée. Rien dans les culs-de-sac.

Pouls à 160, pe'it. Température buccale 36°6. Peau et muqueuses buccale et labiale décolorées.

Diagnostic: Grossesse extra utérine avec hémorrhagie. Je fais cependant quelques réserves, la poche ne paraissant pas distendue.

A la fin de janvier 1900, l'état général est devenu bon, pouls normal (70), température buccale 37°5. Au palper il n'y a plus de tumeur à gauche. On ne sent qu'un utérus remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Absence d'hémorrhagie. Mouvements actifs du fœtus.

Diagnostic définitif: Grossesse utérine.

Accouchement à terme le 25 mai 1900. »

OBSERVATION IV

Grossesse gémellaire prise pour une grossesse extra utérine avec hémorrhagie (Monsieur le docteur Wassilieff).

« Madame M. de la L. âgée de 28 ans, a eu deux enfants dont le dernier il y a quatre ans. Elle est ordinairement bien réglée et bien portante. »

Règles absentes depuis trois mois, c'est-à-dire depuis septembre 95, au moment où je vois la malade (commencement de décembre 95).

Au commencement de novembre 95 perte peu abondante, durant deux jours, renouvelée tout les huit jours jusqu'au 6 décembre.

A partir de ce jour, phénomènes d'hémorragie interne : lipothymies fréquentes, faiblesse croissante, accélération du pouls, abaissement de la température.

Examen. Après avoir recueilli les renseignements qui précédent et qui me furent donnés par mon ami le Dr Boutin, je constatai ce qui suit.

Dans l'abdomen, au niveau du détroit supérieur et à gauche, on sent une masse du volume du poing, régulièrement arrondie, allongée dans le sens horizontal, tendue et fluctuante, mobile, un peu douloureuse. A droite et sur la ligne médiane, masse un peu plus petite, mais bien régulièrement arrondie, paraissant se continuer sans limites nettes avec la masse de gauche.

Au toucher col utérin à peu près normal ; le corps est constitué par la masse sentie à droite. La tumeur de gauche peut être mobilisée par la main abdominale sans transmission bien nette au corps de l'utérus. Celui-ci paraît uni au col comme par une charnière. La masse gauche ne semble présenter avec le corps de l'utérus que des rapports de contiguité.

Pouls petit, à 140. Température axillaire 36°2. D'après le Dr Boutin, la masse gauche aurait pris brusquement un développement considérable en même temps qu'apparurent des douleurs spontanées assez vives.

Diagnostic : Grossesse extra-utérine avec hémorragie dans l'intérieur du kyste.

Laparotomie le 13 décembre 95, à 1 heure du matin avec l'assistance des docteurs Boutin et Isidor. Pas de grossesse extra-utérine. Mais grossesse double, une dans chaque corne de l'utérus qui présente une mollesse extraordinaire.

Fermeture de l'abdomen. En raison de l'état de la malade, l'avortement dut être provoqué, peu de temps après. Expulsion par le vagin, de deux fœtus. Guérison. On n'avait nullement affaire dans ce cas, ainsi qu'on pourrait le croire, à un utérus bicorne. Plusieurs examens ultérieurs me permettent de l'affirmer.

OBSERVATION V (Personnelle)

Soupons de grossesse extra-utérine. — Grossesse intra-utérine. — Avortement

Il s'agit d'une malade, Yvonne T..., qui se présente à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, le 19 mai 1899.

De ses antécédents héréditaires il n'y a rien à dire. Elle ignore à quel âge elle a marché, a été réglée à 19 ans 1½, irrégulièrement pendant cinq jours. Dans ses antécédents pathologiques, on relève une rougeole à l'âge de cinq ans et une ovariectomie gauche en 1892 à la Pitié.

Cette femme, scoliotique, a eu trois grossesses antérieures, toutes trois terminées par des accouchements spon-

lanés à terme, en dépit d'un léger rétrécissement pelvien (angle accessible). A noter que deux de ces grossesses sont postérieures à l'ablation de l'ovaire gauche.

Quatrième grossesse actuelle — Les dernières règles datent du 13 mars, le 10 mai surviennent des pertes de sang qui font croire au retour de la menstruation suspendue depuis deux mois.

Le 12 mai, la malade expulse deux petits débris qui ressemblent, d'après la description qui en est donnée, à deux fragments de caduque. Depuis cette époque, les pertes n'ont pas cessé.

A son entrée le 19 mai, M. Bar constate que les annexes sont prolabées du côté droit. L'utérus est fixé.

23 mai. — La malade perd toujours du sang.

24 mai. — Même état. La femme est examinée sous le chloroforme. Au toucher, on sent, à droite, une tumeur produite par la trompe et paraissant due à une grossesse tubaire rompue. La malade est mise au repos. On fait tous les jours un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

3 juin. — La femme est endormie à nouveau. En pratiquant le toucher combiné au palper, on sent très en arrière en haut et à droite une tumeur absolument molle, ayant le volume d'un utérus gravide de 2 mois à 2 mois 1/2.

L'examen du bord droit de cette tumeur montre que celui-ci est tout à fait mou et se continue sans ligne de démarcation avec le bord gauche beaucoup plus dur. M. Bar conclut à un utérus gravide.

Jusqu'au 13 juin, la malade perd tous les jours quelques gouttes de sang. On fait régulièrement tous les jours

une toilette vulvaire et on met dans le vagin une mèche de gaze iodoformée.

Le 13 juin on constate une rétroversion de l'utérus.

Jusqu'au 17 juin l'état reste le même. On conseille la



position génu-pectorale à la femme qui continue à perdre assez régulièrement un peu de sang.

Le 18 juin, l'utérus est toujours rétroversé. — Le col est derrière la symphyse pubienne.

Le 20 juin, douleurs dans le bas ventre, céphalée intense. La veille au soir, la température, jusque-là normale, s'était élevée à 39°. On donne à la malade un grand lave-

ment qui est suivi d'une garde-robe abondante. Tout rentre dans l'ordre le même jour.

Le 21 juin, plus de douleurs dans le bas-ventre. Le col de l'utérus est toujours en avant, mais le corps est moins rétroversé.

Jusqu'au 8 juillet, l'état reste le même. Presque tous les jours la malade perd un petit peu de sang, elle accuse par deux fois, le 30 juin et le 3 juillet, des douleurs dans le bas-ventre. La position du col ni celle du corps utérin n'ont changé. M. Tissier pense que l'œuf est mort.

9 Juillet. — Le col semble être mieux dans l'axe du vagin.

Du 9 au 15 juillet même état du col. Il y a eu quelques pertes de sang.

Le 15 juillet, la position du col n'a pas changé, mais le corps utérin semble remonter. Le cul de sac postérieur est plus profond.

16, 17 et 18 Juillet. — Même état. Il n'y a pas eu de pertes.

Le 19, la malade perd une assez grande quantité de sang. Le col est presque au centre de l'excavation.

A dater de ce jour, la femme ne perd plus du tout. Du 1^{er} au 10 août elle peut se lever impunément. Il ne se produit pas la plus petite hémorragie. Toute douleur a complètement disparu.

La malade, sur sa demande, quitte la Maternité le 10 août.

Elle entre à nouveau le 28 août, perdant un peu de sang.

L'utérus, abaissé, est en rétroversion peu accusée. Le col, au centre de l'excavation, est long, dur, fermé.

Le 4 septembre, en présence du petit volume de l'utérus, M. Tissier décide d'en explorer la cavité. Le col est dilaté avec des tiges de laminaire.

Le 9 septembre, la dilatation est suffisante pour admettre l'index. Le doigt introduit explore attentivement la cavité utérine. Il ne rencontre pas trace d'œuf et ne ramène aucun débris membraneux.

M. Tissier conclut de son examen que la malade a dû expulser l'œuf durant son absence de l'hôpital, entre le 10 et le 28 août.

La femme quitte définitivement l'hôpital, en bon état, le 12 septembre.



Conclusions

Ce qui précède appelle un court commentaire qui sera aussi notre conclusion.

La grossesse primitivement développée dans une corne imprime à l'utérus une forme très spéciale qui ne peut en imposer pour une tumeur juxta-utérine.

Progressivement, cette anomalie de forme se corrige et, vers la fin du troisième ou dans le courant du quatrième mois, l'utérus est devenu uniformément globuleux.

Cette grossesse, à début anormal, se termine par un accouchement régulier, à terme.

Le diagnostic est facile quelquefois. Il l'est d'autant plus que l'âge de la grossesse se rapproche davantage du quatrième mois.

Le plus souvent il est difficile, car il ne repose que sur un petit nombre de signes dont l'interprétation demande de la part de l'observateur beaucoup d'habitude et de doigté.

Dans quelques cas enfin, il est impossible après un premier examen.

La difficulté qu'il y a parfois à établir un diagnostic ferme doit rendre le chirurgien ou l'accoucheur très prudent et il doit se garder des interventions trop hâtives.

Nous avons la conviction que beaucoup de laparotomies ont été faites qui eussent été évitées si on songeait davantage à la grossesse primitivement développée dans une corne utérine.

Beaucoup s'y sont trompés et des plus habiles. Le danger existe donc.

Il est important de le signaler.

Vu : Le Président de la thèse,
BUDIN.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

Auvard. — Traité de Gynécologie.

Auvard. — Traité pratique d'accouchements.

Baldy. — Medical News, 20 décembre 1890.

P. Bar et Mercier. — Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris. T. I, année 1898.

Bubendorf. — Considérations sur l'enchatonnement du placenta. Thèse Nancy, 1881.

Carus. — De graviditate tubo-uterina. Thèse Leipsick, 1841.

Curatulo. — Gravidanza in utero doppio. Riforma med. 1891, n° 104.

Emmet. — La pratique des maladies des femmes.

Garrigues. — Medical News, 12 décembre 1885.

Guémès. — De l'hémato-salpingite. Thèse Paris, 1888.

Jacquemier. — Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées.

Keller. — Des grossesses extra-utérines. Thèse Paris, 1872.

Maygrier. — Terminaison et traitement de la grossesse extra-utérine. Thèse d'agrégation, Paris 1886.

Ouvrier

Mercier. — Les ruptures spontanées de l'utérus gravide dans leurs rapports avec les grossesses interstitielles. Thèse Paris, 1898.

Pozzi. — Traité de Gynécologie.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Simon. — Etude sur la grossesse interstitielle. Thèse Strasbourg, 1852.

Tainturier. — Etiologie des grossesses extra-utérines. Thèse Paris, 1895.

Tarnier et Chantreuil. — Traité de l'art des accouchements.

Verjus. — Des abcès des annexes de l'utérus. Thèse Paris, 1844.

Warin. — De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire et tubo-utérine. Thèse Paris, 1899.

